Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VEGA DE ALBA KELLY JOHANNA			238577
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	45554409	
CORREO	kellyvega83@hotmail.com	CELULAR	3013345787	
PROCESO:	EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA			
SERVICIO:	EQUIPOS DE ATENCIÓN EN	UNIDAD:	Fray	

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	118											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	56600138590		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7375-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	2630	FECHA	12/10/2022	NÚMERO DE CRP: 1	47508	FECHA	19/10/2022
NÚMERO DE CDP: 2	3348	FECHA	12/12/2022	NÚMERO DE CRP: 2	56697	FECHA	12/12/2022

OBJETO:	ENFERMERO (A)							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	12	2022		31	12	2022
TIPO SERVICIOS	PIC			RESERVA DE GLOSA 2%		0		
VALOR MES	4,311,304	VALOR LETRAS						

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	12,234,832
VALOR EJECUTADO:	10,337,858
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,311,304
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,896,974
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	84.50 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
94433362590	214,500	274,500	3	41,800	0	530,800
94442228570	1,100	1,500		300	0	2,900

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Kelly vega
VEGA DE ALBA KELLY JOHANNA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:		**Equipos de Atencion en Casa**				**UNIDAD:**		**SALUD PUBLICA FERIAS**		
No. DE CONTRATO:		**7375-2022**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ**		**1/12/2022**			**31/12/2022**			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		**Kelly Johanna Vega De Alba**	**DOCUMENTO:**	**45554409**						
OBJETO DEL CONTRATO:		**Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como MÉDICO (A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución**								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _____		**100%**								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
1. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia estrategia casa, ruteo y conglomerado. 2. Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado 3. Realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al líder operativo. Adicionalmente, se debe registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la familia. 4.Realizar si considera o requiere un apoyo o recomendación, comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo. 5. Agendar citas con especialistas a través de las actividades de agendamiento del proceso de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello, deberá llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar y con los datos: tipo de identificación, número de identificación, nombres apellidos, dirección, teléfono de contacto, código de la familia o ID predio y especialidad requerida, solicitar la información de fecha y hora. 6. Deberá ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva para disponer de resultados el día de la teleconsulta con el especialista, estas órdenes deben ser de conocimiento del agendador cuando corresponda, para poder establecer la fecha de la consulta posterior a la entrega de los resultados. Valoración Integral individual para actualización de novedades, Control a población priorizada 7. Valoracion integral.	1. Priorizar esquemas de vacunación incompletos en menores de 5 años, gestantes y población con dificultades para la movilidad, identificada por los grupos base. 2. Cumplir con la oportunidad y calidad esperada para la aplicación de biológicos a la población priorizada. 3. Recibir diariamente del líder operativo el listado de usuarios priorizados independientemente del aseguramiento en salud, con esquema de vacunación incompleto para la edad y con el registro de información del esquema faltante. 4. Consultar en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaría Distrital de Salud el antecedente vacunal del usuario con el fin de determinar los biológicos a aplicar. 5. Hacer contacto telefónico con el usuario o cuidador con el fin de verificar datos de ubicación e informar el día en que se realizará la vacunación en casa. 6. Brindar información sobre los biológicos que se administrarán, enfermedad que previene, los posibles efectos adversos, así como su manejo en el caso de que aparezcan, y demás información útil. 7. Disponer a realizar la entrega del biológico sobrante en el punto de vacunación que se haya dispuesto por la subred para realizar la recepción y devolución de los biológicos. 8. Llevar registro diario con la relación de los usuarios vacunados y la información que corresponde para este proceso.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	**$4.311.304**
	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS

Kelly Vega 45554409

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Kelly Johanna Vega De Alba

CC 45554409

Fecha: 31/12/2022

Firma de recibido supervisor: _____

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45554409		VEGA DE ALBA KELLY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2D # 39-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	1809131642	9443362590	I	2022/12/05	2022/12/13	BANCO AV VILLAS	8	$535,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,715,250	$274,500			$1,715,250	$214,500			$0	$0			$1,715,250	$41,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,715,250	$274,500			$1,715,250	$214,500			$0	$0			$1,715,250	$41,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,715,250	$274,500			$1,715,250	$214,500			$0	$0			$1,715,250	$41,800		$0	$0
1	CC 45554409	VEGA KELLY	231001	30	$1,715,250	$274,500	EPS037	30	$1,715,250	$214,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,715,250	$41,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,715,250	$274,500			$1,715,250	$214,500			$0	$0			$1,715,250	$41,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45554409		VEGA DE ALBA KELLY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 20 # 39-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	1809131642	9443362590	I	2022/12/05	2022/12/13	BANCO AV VILLAS	8	$535,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$274,500	$2,400	$0	$276,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$274,500	$2,400	$0	$276,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,800	$400	$0	$42,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$41,800	$400	$0	$42,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,500	$1,900	$0	$216,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$214,500	$1,900	$0	$216,400
TOTAL				1	$530,800	$4,700	$0	$535,500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45554409		VEGA DE ALBA KELLY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2D # 39-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	1812632294	9444228570	N	2022/12/05	2022/12/15	BANCO AV VILLAS	10	$3,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500	$100	$0	$1,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$1,500	$100	$0	$1,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$100	$0	$400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$100	$0	$400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$100	$0	$1,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$1,100	$100	$0	$1,200
TOTAL				1	$2,900	$300	$0	$3,200

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA